

## Leptospirosis: una realidad

Dres. José Marcó del Pont\* y Gerardo Laube\*

Es una enfermedad zoonótica endémica que se expresa frecuentemente en forma de brote.

El agente etiológico es una espiroqueta móvil que requiere medios alcalinos y humedad para su supervivencia. Los serogrupos más frecuentes en nuestro medio son: *icterohemorrhagiae*, *canicola* y *griphotyfosa*.

Se localiza en los túbulos contorneados del riñón del huésped, desde donde se elimina a través de la orina.

Se calcula que un 25% de los roedores y entre el 40-60% de los perros de áreas urbanas están colonizados o presentan anticuerpos específicos, transformándose de esta forma en portadores asintomáticos.

La forma de transmisión es a través del agua, barro, basura u otros elementos contaminados con orina.

La forma de ingreso al individuo es por piel o mucosas, menos frecuentemente por vía aérea con solución de contigüidad o sin ella. La vía digestiva (consumo de agua contaminada) no representa una forma de contagio.

Obviamente, la población de riesgo es la que convive en los lugares donde habita la espiroqueta: zonas húmedas, bajas, inundables, arroyos, lagunas y basureros.

Los niños son un grupo de riesgo de alta vulnerabilidad y fácil contagio.

En este momento, en muchas regiones de nuestro país se cumplen las condiciones ideales para el desarrollo de esta bacteria. Investigaciones epidemiológicas han mostrado que el riesgo real para adquirir la enfermedad por parte de poblaciones altamente expuestas de algunas regiones de América Latina puede llegar a 4,1 infecciones por diez personas-años.

### Cuadro clínico

El período de incubación es de aproximadamente 10 días, con inicio brusco de la clínica, con fiebre, cefalea y mialgias, signos sugestivos de un cuadro de tipo gripal aunque sin síntomas respiratorios superiores. Los dolores musculares predominan en las pantorillas, la columna y en las cinturas escapular y pelviana. Este período dura entre 3 a 5 días y puede evolucionar hacia la autolimitación o a un cuadro sindrómico.

En la mayoría de los afectados, 90% se autolimita y sólo el 10% presentará un mayor compromiso del estado general, pudiendo presentarse como un cuadro icterohemorrágico, de insuficiencia renal, meningoencefálico o respiratorio bajo. El compromiso renal se evidencia en el sedimento patológico por la presencia de leucocitos.

En la sospecha de la enfermedad es muy importante tener en cuenta los antecedentes epidemiológicos y clínicos para evitar estudios innecesarios.

### Metodología diagnóstica

Los reactantes de fase aguda, como hemograma, eritrosedimentación y PCR, se encuentran alterados.

De acuerdo con el órgano comprometido se puede observar: colestasis, aumento discreto de las transaminasas, CPK elevada, alteración de la función renal, radiografía de tórax compatible con un neumopatía atípica o alteraciones del LCR compatibles con una meningitis aséptica.

Durante la primera semana los hemocultivos son positivos y durante la segunda se puede aislar la espiroqueta en el urocultivo; su eliminación puede persistir durante varias semanas. Es importante

\* Sociedad Argentina de Pediatría. Comité Nacional de Infectología.

informar al servicio de bacteriología el diagnóstico presuntivo a fin de procesar el material en forma adecuada.

Los métodos serológicos en la búsqueda de anticuerpos específicos tienen buena sensibilidad y especificidad. En la práctica diaria se utilizan las reacciones serológicas, de las cuales es de referencia la aglutinación microscópica (MAT) que representa la forma habitual de diagnóstico. Las aglutininas son del tipo IgM e IgG. En la fase aguda de la enfermedad, el patrón de aglutinación es característico, pero siempre debe demostrarse la conversión serológica en dos muestras extraídas con un intervalo no menor de una semana. Si bien esta técnica se realiza en los laboratorios de referencia, los sueros pueden enviarse a los mismos refrigerados para su procesamiento.

La aglutinación macroscópica con antígeno termorresistente (TR) es de utilidad, ya que sólo evidencia aglutininas de tipo IgM, es barata y de realización sencilla. Es utilizada con fines epidemiológicos.

### Tratamiento

El tratamiento específico es con penicilina o derivados (ampicilina, amoxicilina). Puede también utilizarse doxiciclina. Recordar que el uso de tetraciclinas está contraindicado en pacientes menores de ocho años.

La mejor respuesta al tratamiento es durante la etapa de bacteriemia y la vía a utilizar está en relación directa con el compromiso clínico del paciente. La duración del tratamiento es de 7 días.

### Prevención

Los métodos de prevención deben ser los de menor costo y mayor efectividad; la educación y la mejor calidad de vida son elementos de alto peso en el control de esta enfermedad. Recordar que los niños son más vulnerables por la cercanía a lugares con alto índice de contaminación.

Controlar los vectores de transmisión, particularmente roedores, perros, etc.

Manejo adecuado de la basura.

Evitar aguas servidas.

Evitar la inmersión en aguas contaminadas.

En algunas circunstancias el uso de doxiciclina como profilaxis puede resultar efectivo en personas mayores de ocho años. Se indica en dosis de 200 mg por vía oral en forma semanal. Para aquellas personas que por su trabajo tienen mayor riesgo se recomienda el uso de guantes, botas y material impermeable que evite el contacto directo con material contaminado.

La vacunación en perros evita la enfermedad en el animal, no así la posibilidad de su transmisión al ser humano. ■

### BIBLIOGRAFIA

- Leptospirosis. Red Book 2000. Report of the Committee on Infectious Diseases.
- Sociedad Argentina de Pediatría. Leptospirosis. En: Libro Azul de Infectología Pediátrica. 2ª ed. Buenos Aires: SAP, 2000: 619.
- Leptospirosis. Mandell, Douglas, Bennett. Enfermedades Infecciosas. Principios y Prácticas. 1995.
- Leptospirosis. Alfredo Seijo y cols. En: Palmieri OJ. Enfermedades infecciosas. Mc Graw-Hill-Interamericana, 2001.